



***RELAZIONE SUL CICLO DELLA  
PERFORMANCE  
ANNO 2023***

# Indice

<b>Presentazione</b>	<i>Pag. 3</i>
<b>Il contesto normativo di riferimento</b>	<i>Pag. 3</i>
<b>L'Amministrazione</b>	<i>Pag. 4</i>
- Il Dipartimento	<i>Pag. 7</i>
- I Presidi Ospedalieri	<i>Pag. 8</i>
- Il Dipartimento Ospedaliero	<i>Pag. 9</i>
- Il Distretto Sanitario	<i>Pag. 10</i>
- Le Risorse Umane	<i>Pag. 13</i>
<b>Obbiettivi Aziendali</b>	<i>Pag. 14</i>
<b>Albero della Performance</b>	<i>Pag. 15</i>
<b>Il Ciclo di Gestione della Performance</b>	<i>Pag. 16</i>
<b>L'Organismo Indipendente di Valutazione</b>	<i>Pag. 17</i>
<b>I Regolamenti per la valutazione -</b>	<i>Pag. 18</i>
<b>Lo sviluppo del piano della performance 2023 - 2025 -</b>	<i>Pag. 19</i>
<b>Gli obiettivi strategici - organizzativi -</b>	<i>Pag. 21</i>
<b>Gli obiettivi operativi -</b>	<i>Pag. 22</i>
<b>Il Monitoraggio degli obiettivi - SAL -</b>	<i>Pag. 24</i>
<b>La Rendicontazione Degli Obbiettivi Operativi -</b>	<i>Pag. 24</i>
<b>Quadro sintesi del piano della performance 2023 - obietti - indicatori - risultati -</b>	<i>Pag. 24</i>
<b>Gli Obiettivi Del Piano Attuativo Aziendale - 2019 2020 -</b>	<i>Pag. 46</i>

## **PRESENTAZIONE:**

Con la Relazione Annuale sulla Performance, questa Azienda vuole illustrare, ai cittadini e a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, le azioni poste in essere, per l'attuazione del *Ciclo di Gestione della Performance* nel corso dell'anno 2023, rispetto agli obiettivi programmati e inseriti nel Piano della Performance 2023-2025 in continuità con gli obiettivi di salute e funzionamento assegnati dall'Assessorato Regionale alla Salute .

Sotto un profilo generale, la stesura del presente documento è stata ispirata ai principi di trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità e verificabilità dei contenuti. Infine, in riferimento alle finalità sopradescritte, questa relazione vuole configurarsi come un documento snello e comprensibile.

## **- CONTESTO NORMATIVO DI RIFERIMENTO -**

L'attività ed il funzionamento dell'ASP di Agrigento, essendo soggetto giuridico pubblico, trova disciplina in un perimetro normativo, che nel corso de gli anni ha registrato numerosi interventi. Già Il legislatore regionale con la L.R. 5/2009 aveva profondamente innovato il sistema "salute" regionale incidendo su molteplici aspetti significativi. Tale quadro normativo anche nel corso del 2023 ha avuto una importante concretizzazione, che ha inciso in modo sostanziale sull'assetto organizzativo aziendale.

Inoltre, in vista del superamento dell'evento pandemico l'azienda, nella redazione del piano della performance 2023, al fine di soddisfare una coerente logica programmativa organizzativa e gestionale regionale, ha confermato le linee di intervento previste negli obiettivi assegnati Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie della regione, ed in particolare contenuti negli obiettivi di salute funzionamento, obiettivi contrattuali ed obiettivi specifici dell'Assessorato Regionale alla Salute in coerenza con la rifunzionalizzazione della Rete Ospedaliera di cui al D.A. n.22/2019, al D.A. del 10 maggio 2019 nonché della Direttiva dell'Assessorato della salute prot. 6558 del 10/09/2019 e della successiva nota prot. A.I. 3/72076 del 28 ottobre 2019.

Seguendo, la logica programmativa coerente in tema di razionalizzazione della spesa sanitaria e di sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale che impongono, in un contesto di finanziamento complessivo del sistema di welfare, la definizione di ulteriori misure per :

- adeguare la produzione di salute al nuovo sistema parametrico di finanziamento del SSN basato sui fabbisogni e costi standard;
- garantire i livelli essenziali di assistenza intervenendo anche sulle reti assistenziali e sull'appropriatezza delle prestazioni e dei servizi e sulle modalità di erogazione degli stessi;
- rispettare l'equilibrio economico-finanziario della gestione, agendo in modo selettivo sulle residue aree di inefficienza nell'acquisizione dei fattori produttivi e nel loro utilizzo.

### **- L'AMMINISTRAZIONE -**

Con l'atto Aziendale di questa ASP, adottato con delibera n. 265 del 23/12/2019 ed approvato con D.A. n. 478 del 04/06/2020, di cui si è preso atto con Delibera n. 880 del 10/06/2020, l'Azienda si è data un nuovo assetto organizzativo e di funzionamento allo scopo di assicurare l'erogazione delle prestazioni sanitarie essenziali in modo appropriato, lo sviluppo dei sistemi di qualità, la massima accessibilità ai servizi dei cittadini, l'equità delle prestazioni erogate, il raccordo istituzionale con gli Enti Locali, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie e di volontariato, nonché l'ottimizzazione e l'integrazione delle risorse e delle risposte assistenziali.

Corre l'obbligo sottolineare che sia nel 2022 che per l'anno 2023, l'ASP ha strutturato gli obiettivi di budget sulla base del nuovo atto aziendale vigente.

Gli Organi dell'ASP di Agrigento sono così costituiti:

- a) il Direttore Generale (che nomina un Direttore Amministrativo e un Direttore Sanitario);
- b) il Collegio Sindacale;
- c) il Collegio di Direzione.

L'articolazione organizzativa dell'Azienda è improntata a criteri di massima flessibilità, volta ad assecondare il mutare dei programmi e garantire il perseguitamento degli obiettivi. Il modello organizzativo aziendale, secondo la L.R. 5/09 e s.m.i., è suddiviso in quattro Aree (Staff, Amministrativa, Territoriale ed Ospedaliera), le quali vengono organizzate ex D.Lgs.502/92 e s.m.i. su base dipartimentale e distrettuale ed articolate:

- I) **AREA DI STAFF**, nel cui ambito rientrano tutte le Strutture e gli Uffici che, per la loro rilevanza aziendale, sono allocati nella Direzione Generale o Amministrativa o Sanitaria,

in relazione alle competenze attribuite.

Il modello organizzativo Aziendale prevede, le sottoelencate UU.OO., alle dirette dipendenze del Direttore Generale:

- Controllo di Gestione e Sistemi Informativi Statistici Aziendali U.O.C.
- Sistemi Informativi Statistici Aziendali U.O.S.
- Servizio di Psicologia U.O.C.
- Coordinamento supporto psicologico Pronto Soccorso U.O.S.
- Servizio Legale U.O.C.
- Internazionalizzazione e Ricerca Sanitaria U.O.S.
- Servizio di Prevenzione e Protezione U.O.S.
- Sorveglianza Sanitaria U.O.S.
- Energy Management Aziendale U.O.S.
- Qualità e Gestione del Rischio Clinico con annessa Ingegneria clinica U.O.S.
- Internai Audit U.O.S.
- Ufficio del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.
- Data Protection Office.

**II) AREA AMMINISTRATIVA**, nel cui ambito rientrano:

- A. Dipartimento Amministrativo Strutturale
- B. Strutture complesse, con all'interno le afferenti Strutture Semplici
  - Servizio Affari Generali
  - Servizio Risorse Umane
  - Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
  - Servizio Provveditorato
  - Servizio Tecnico
  -

**III) AREA TERRITORIALE**, nel cui ambito rientrano:

- A. Distretti Sanitari di Base, con le afferenti Strutture Semplici
  - Distretto Sanitario di Agrigento
    - Distretto Sanitario di Bivona
    - Distretto Sanitario di Canicattì
    - Distretto Sanitario di Casteltermeni
    - Distretto Sanitario di Licata
    - Distretto Sanitario di Ribera
    - Distretto Sanitario di Sciacca
- B. Dipartimenti Territoriali Strutturali
  - Dipartimento di Prevenzione, con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali.

- Dipartimento di Prevenzione Veterinario, con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali.
- Dipartimento di Salute Mentale, con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali.
- C. Consultori Territoriali, per la gestione delle attività dei consultori pubblici e di quelli privati ricadenti nel territorio dell'ASP. .
- D. Dipartimento delle cure primarie e dell'Integrazione Socio-sanitaria Funzionale con le afferenti strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali;
- E. Struttura Amministrativa Area Territoriale.

#### **IV) AREA OSPEDALIERA, nel cui ambito rientrano:**

##### **A. Presidi Ospedalieri:**

- Presidio Ospedaliero di Agrigento (DEA di I livello), con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici dipartimentali
- Presidio Ospedaliero di Canicattì (Presidio Base), con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici dipartimentali
- Presidio Ospedaliero di Licata (Presidio Base), con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici dipartimentali
- Ospedali Riuniti Sciacca-Ribera (DEA di I livello), con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici dipartimentali
- U.O.C. Struttura Amministrativa P.O. Agrigento
- U.O.C. Struttura Amministrativa PP.OO. Canicattì-Licata
- U.O.C. Struttura Amministrativa PP.OO. Sciacca-Ribera

##### **B. Dipartimenti Ospedalieri Strutturali**

- Dipartimento di Medicina - Ospedali Riuniti Sciacca-Ribera, con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici dipartimentali.
- Dipartimento di Medicina - Presidi Ospedalieri di Agrigento, Canicattì e Licata, con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici dipartimentali
- Dipartimento di Chirurgia - Ospedali Riuniti Sciacca e Ribera, con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici dipartimentali,
- Dipartimento Area di Chirurgia -, Presidi Ospedalieri di Agrigento, Canicattì e Licata con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali,
- Dipartimento Emergenza, con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali
- Dipartimento Cardiovascolare, con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali

Per i Presidi Ospedalieri dell’Azienda nel dettaglio sono previsti:

- un Direttore Medico di Struttura Complessa ed un Dirigente Amministrativo Responsabile di Struttura Complessa per il Presidio Ospedaliero di Agrigento, un Dirigente Medico Responsabile di Struttura Semplice dipartimentale per il Presidio Ospedaliero di Canicattì afferente alla Direzione Sanitaria Aziendale, un Dirigente Medico Responsabile di Struttura Semplice dipartimentale per il Presidio Ospedaliero di Licata afferente alla Direzione Sanitaria Aziendale, un Dirigente Amministrativo Responsabile di Struttura Complessa per i Presidi Ospedalieri di Canicattì e di Licata, un Direttore Medico di Struttura Complessa ed un Dirigente Amministrativo Responsabile di Struttura Complessa per gli Ospedali Riuniti “Sciacca-Ribera”.

Sono, altresì, previsti i **Dipartimenti Transmurali**, nel cui ambito rientrano Strutture Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali, Ospedaliere e Territoriali e precisamente:

- Dipartimento del Farmaco (Strutturale)
- Dipartimento delle Scienze Radiologiche (Strutturale)
- Dipartimento dei Servizi (Strutturale)
- Dipartimento Materno Infantile (Funzionale)
- Dipartimento di Riabilitazione (Funzionale)
- Dipartimento Oncologico (Funzionale)
- Dipartimento di Cure Primarie e dell’Integrazione Socio-sanitaria (Funzionale)

## **Il Dipartimento**

Il Dipartimento è il modello ordinario di gestione operativa dell’attività dell’Azienda, deve essere considerato quale struttura di coordinamento e di direzione per lo svolgimento di funzioni complesse, consulenza e supervisione per la funzione cui è preposto.

Il Dipartimento assume la valenza di soggetto negoziale nei rapporti con la Direzione Aziendale e le altre Strutture Aziendali.

Il Dipartimento si articola al suo interno in strutture organizzative, complesse, semplici e semplici dipartimentali, che perseguono finalità comuni, risultando quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale nell’ambito di un unico modello organizzativo e gestionale.

I Dipartimenti, in dipendenza della diversa modalità di esplicazione delle proprie attività, si distinguono in:

- Dipartimenti Strutturali
- Dipartimenti Funzionali.

In particolare:

- i Dipartimenti strutturali rappresentano le strutture il cui obiettivo principale è l’uso efficiente/ottimale delle risorse, con autorità sovraordinata rispetto alle unità operative o servizi che la compongono;
- i Dipartimenti funzionali coinvolgono “orizzontalmente” le unità operative ed hanno come

finalità principale e diretta l'ottimizzazione delle procedure operative destinate al raggiungimento di un obiettivo ovvero delle pratiche assistenziali destinate a categorie di pazienti o a quadri clinici specifici ed altresì servono a massimizzare l'efficacia e la qualità della prestazione.

1. In relazione alla tipologia di attività, i Dipartimenti si possono distinguere in:

- Dipartimento amministrativo
- Dipartimenti sanitari territoriali
- Dipartimenti sanitari transmurali (ospedale/territorio)
- Dipartimenti ospedalieri distrettuali ed interdistrettuali

2. Il Dipartimento, nello svolgimento delle funzioni proprie del suo specifico ambito di attività, si propone di conseguire i seguenti obiettivi:

- la convergenza di competenza ed esperienza;
- l'interdisciplinarietà;
- la garanzia di continuità delle prestazioni prevenendo ridondanze di tempi e/o procedure inutili;
- l'accorpamento secondo criteri di efficienza ed efficacia pratica.

3. Le funzioni dei Dipartimenti, sia Amministrativi sia Sanitari, comprendono, in particolare, la definizione di progetti e programmi, l'individuazione di obiettivi prioritari, l'allocazione di risorse e di mezzi.

## I Presidi Ospedalieri

1. Il Presidio Ospedaliero (P.O.) fornisce assistenza per tutte le patologie che richiedano prestazioni diagnostico-terapeutiche non erogabili con altrettanta efficacia ed efficienza a livello territoriale; può comprendere una a più strutture ospedaliere ed è da considerarsi quale struttura complessa dotata di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, soggetta a rendicontazione analitica, con contabilità separate all' interno del bilancio aziendale.

2. Contribuisce al progettò di salute della comunità attuando le politiche Aziendali attraverso un impiego efficace ed efficiente delle risorse assegnate al Presidio Ospedaliero medesimo, finalizzato al raggiungimento degli obiettivi sanitari programmati perseguito un'azione diagnostico terapeutica improntata alla continuità assistenziale ed all'approccio polispecialistico e multi professionale attuato attraverso l'integrazione delle attività, appropriate al caso, sia interne al Presidio Ospedaliero che esterne promovendo e presidiando la qualità dei servizi ed erogazione delle prestazioni, nonché la loro appropriatezza valutata secondo i criteri della medicina basata sulle prove di efficacia.

3. La rete ospedaliera dell'A.S.P. di Agrigento ai sensi del D.A. 22/2019 è composta dai cinque Presidi Ospedalieri così articolati:

- Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio di Agrigento (DEA di I livello),
- Presidio Ospedaliero Barone Lombardo di Canicattì (Presidio di Base),
- Presidio Ospedaliero San Giacomo D’Altopasso di Licata (Presidio di Base),
- Ospedali Riuniti: “Sciacca-Ribera” (DEA di I livello), ricomprensivo del Presidio Ospedaliero Giovanni Paolo II di Sciacca ed il Presidio Ospedaliero Fratelli Parlapiano di Ribera.

## Il Dipartimento Ospedaliero

La collocazione geografica dei cinque Presidi Ospedalieri dell’Azienda determina la istituzione di n. 7 Dipartimenti Ospedalieri strutturali, come di seguito specificato:

- Dipartimento di Medicina PP.OO. Agrigento-Canicattì-Licata (Strutturale)
- Dipartimento di Medicina PP.OO. Riuniti Sciacca-Ribera (Strutturale)
- Dipartimento di Chirurgia PP.OO. Agrigento-Canicattì-Licata (Strutturale)
- Dipartimento di Chirurgia PP.OO. Riuniti Sciacca-Ribera (Strutturale)
- Dipartimento di Emergenza (Strutturale)
- Dipartimento Cardiovascolare (Strutturale)
- Dipartimento dei Servizi (Strutturale)

I Dipartimenti Ospedalieri coinvolgono orizzontalmente le UU.OO. afferenti ai Presidi Ospedalieri ed hanno come obiettivo principale e diretto l’ottimizzazione delle procedure operative destinate all’erogazione delle pratiche assistenziali rivolte a categorie di pazienti o a quadri clinici specifici. I dipartimenti ospedalieri strutturali hanno la responsabilità gestionale diretta delle risorse loro assegnate, dei processi di programmazione e di controllo e sono sovraordinati alle UU.OO. che li compongono e pertanto, assumono la valenza di soggetti negoziali nei rapporti con la Direzione Aziendale.

Le risorse dei dipartimenti strutturali sono quelle delle UU.OO. che ad essi afferiscono.

Sono funzioni dei dipartimenti ospedalieri:

L’assistenza: attraverso l’individuazione ed il coordinamento delle prestazioni che si rendono necessarie nell’ambito di un approccio globale al paziente, per mezzo delle seguenti attività: pre-ospedalizzazione e attività ambulatoriale, day hospital/day surgery ricovero ordinario, riabilitazione, ospedalizzazione a domicilio, percorsi dei pazienti.

» La Formazione e aggiornamento: La formazione e l’aggiornamento del personale operante nell’ambito delle differenti unità operative.

- » La ricerca: orientata al raggiungimento degli obiettivi propri dell'istituzione dipartimentale, attraverso il coordinamento delle iniziative più significative e l'attivazione dei necessari collegamenti con altre istituzioni.
- » La educazione ed informazione sanitaria: attraverso l'istituzione di una serie di iniziative indirizzate al singolo paziente ed in collaborazione con Enti ed Istituzioni diverse, riguardanti specifiche tematiche identificate come prioritarie rispetto agli obiettivi e mirate alla tipologia dei pazienti assistiti nell'ambito del dipartimento.

L'attività dei dipartimenti, con le dovute differenziazioni in relazione alla tipologia sono in particolari ricondotte a:

L'utilizzazione ottimale degli spazi assistenziali e delle apparecchiature, che deve essere finalizzata ad una migliore gestione delle risorse a disposizione al fine di consentire una più completa assistenza al malato ed ove è possibile anche all'allocazione delle UU.OO. facenti parte del dipartimento in spazi contigui

- Il coordinamento con le relative attività extra-ospedaliera per un'integrazione dei servizi dipartimentali con quelli del territorio
- Lo studio, l'applicazione e la verifica di sistemi per la maggiore possibile omogeneità alle procedure organizzative ed assistenziali
- La promozione di iniziative di umanizzazione dell'assistenza all'interno delle strutture dipartimentali
- L'individuazione di nuove attività o di nuovi modelli operativi nello specifico campo di competenza
- L'organizzazione della didattica, la ricerca e l'educazione e l'informazione sanitaria.

Nell'ambito dell'organizzazione dei presidi ospedalieri e dell'attività territoriale sono istituiti i dipartimenti funzionali transmurali che hanno come principale obiettivo quello di migliorare la pratica clinica assistenziale, favorendo l'acquisizione ed il mantenimento di competenze tecnico-professionali adeguate, definendo percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) e sono costituiti da strutture organizzative che hanno finalità comuni per omogeneità, affinità e complementarietà. I dipartimenti funzionali transmurali sono i seguenti:

- Dipartimento Materno Infantile (Funzionale-Transmurale)
- Dipartimento Oncologico (Funzionale-Transmurale)
- Dipartimento di Riabilitazione (Funzionale-Transmurale)

## Il Distretto Sanitario

Il Distretto Sanitario di Base è l'articolazione territoriale al cui livello il Servizio Sanitario Regionale attiva il percorso assistenziale e realizza l'integrazione tra attività sanitarie e sociale.

Il Distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e degli stabilimenti ospedalieri. Gli stessi (Distretto, Dipartimento, Stabilimento Ospedaliero) di concerto tra di loro assicurano le attività territoriali.

Il Distretto opera sulla base delle risorse assegnate, negoziate con la Direzione Aziendale e definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate il Distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separate all'interno del bilancio dell'Azienda ed assegnazione di budget funzionale.

Sono compiti del Distretto:

- a) assicurare l'assistenza primaria relativa alle attività sanitarie e socio-sanitarie, ivi compresa la continuità assistenziale ed il necessario rapporto tra i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i servizi di continuità assistenziale notturna e festiva ed i presidi specialistici ambulatoriali, attraverso l'analisi dei bisogni di salute espressi dalla comunità locale, individuando, in relazione alle capacità operative, i livelli aggregati di erogazione dell'offerta;
- b) assicurare il coordinamento della propria attività con quello del Dipartimento di prevenzione, degli altri Dipartimenti territoriali e degli stabilimenti ospedalieri;
- c) garantire la fruizione dei servizi prodotti dai presidi distrettuali e quelli forniti da altri presidi, assicurando l'integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali;
- d) attivare ed attuare protocolli diagnostici e terapeutici adottati dall'Azienda;
- e) sviluppare iniziative di educazione sanitaria e di informazione agli utenti;
- f) concorrere, con le proprie risorse, ai programmi di prevenzione concordati con il Dipartimento di prevenzione;
- g) individuare la collocazione funzionale delle articolazioni organizzative dei dipartimenti strutturali istituiti.

Il Distretto articola l'organizzazione dei servizi, tenendo conto della realtà del territorio, nel rispetto delle risorse disponibili e delle indicazioni della direzione aziendale. Le attività di erogazione delle prestazioni, salvo quanto disciplinato diversamente dalla programmazione regionale, sono svolte dai Distretti ed organizzate in unità funzionali. Dovranno adottarsi tutte le necessarie misure per garantire le prestazioni specialistiche, in particolare quelle delle branche a visita e la riduzione dei tempi di attesa, per le prestazioni strumentali.

Il territorio dell'ASP di Agrigento è articolato in 7 ambiti:

<u>Distretto Sanitario di Agrigento:</u>	<i>Agrigento, Aragona, Comitini, Favara, Ioppolo, Giancaxio, Porto Empedocle, Raffadali, Realmonte, Santa Elisabetta, Sant'Angelo Muxaro, Siculiana.</i>
<u>Distretto Sanitario di Bivona:</u>	<i>Alessandria della Rocca, Bivona, Cianciana, San Biagio Platani, Santo Stefano di Quisquina.</i>
<u>Distretto Sanitario di Canicattì:</u>	<i>Camastrà, Campobello di Licata, Canicattì, Castrofilippo, Grotte, Naro, Racalmuto, Ravanusa.</i>
<u>Distretto Sanitario di Casteltermini:</u>	<i>Cammarata, Casteltermini, San Giovanni Gemini.</i>
<u>Distretto Sanitario di Licata:</u>	<i>Licata, Palma di Montechiaro.</i>
<u>Distretto Sanitario di Ribera:</u>	<i>Burgio, Calamonaci, Cattolica Eraclea, Lucca Sicula, Montallegro, Ribera, Villafranca Sicula.</i>
<u>Distretto Sanitario di Sciacca:</u>	<i>Caltabellotta, Menfi, Montevago, Sambuca di Sicilia, Santa Margherita Belice, Sciacca.</i>

## LE RISORSE UMANE:

Volendo fornire al lettore un quadro sintetico delle informazioni rilevanti che permettano una interpretazione dei risultati raggiunti, si evidenziano i dati relativi al personale suddiviso per le diverse aree.

Il Personale dell'ASP di Agrigento anno 2023, in dettaglio:

<b><u>UNITA' DI PERSONALE ANNO 2023</u></b>	
<b>PERSONALE DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO</b>	
Dirigenti Medici	641
Dirigenti Veterinari	36
<b>Totale Dirigenza Area IV</b>	<b>677</b>
Dirigenti Sanitari	68
Dirigenti Professionali	4
Dirigenti Tecnici	3
Dirigenti Amministrativi	14
<b>Totale Dirigenza Area III</b>	<b>89</b>
Personale non dirigente Ruolo Sanitario	1490
Personale non dirigente Ruolo Professionale	3
Personale non dirigente Ruolo Tecnico	323
Personale non dirigente Ruolo Amministrativo	366
<b>Totale Comparto</b>	<b>2182</b>
<b>TOTALE PERSONALE DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO</b>	<b>2948</b>
Personale Dirigente a tempo determinato	103
Personale non Dirigente a tempo determinato	600
<b>TOTALE PERSONALE A TEMPO DETERMINATO</b>	<b>703</b>

## **- GLI OBIETTIVI AZIENDALI -**

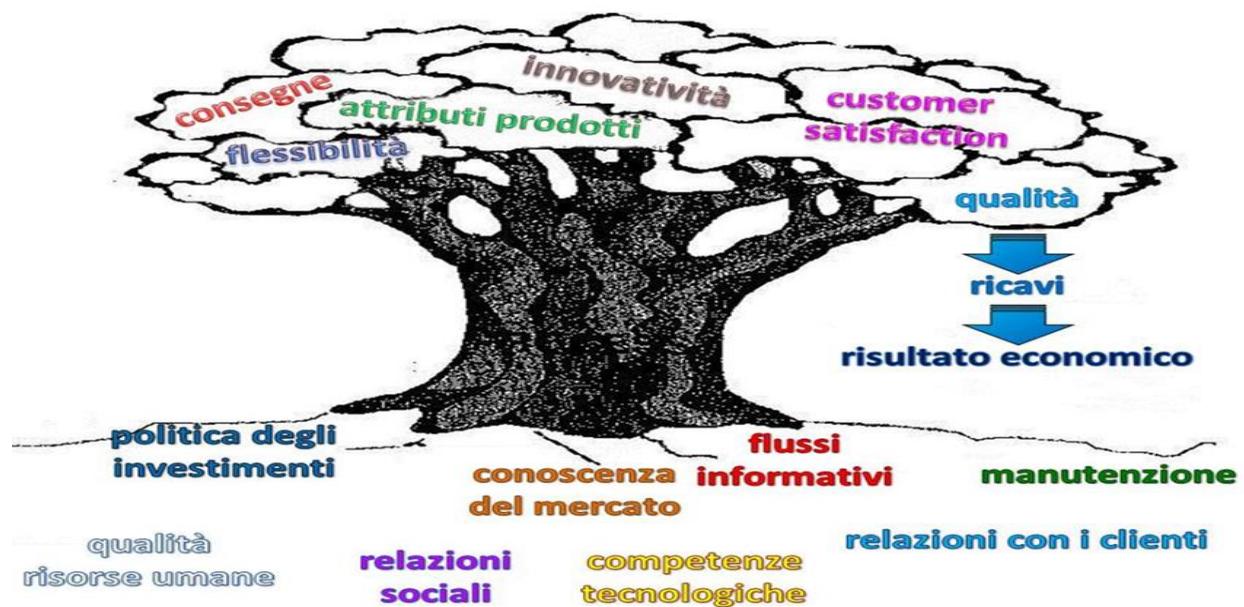
L'ASP di Agrigento ha introdotto il sistema di misurazione e valutazione della performance, nel rispetto del decreto legislativo n. 150/09, e con atto deliberativo n. 137 del 26.01.2023 - si è dotata del Piano della Performance 2023-2025, ovvero di quel documento programmatico triennale, che in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di periodo, definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Nella considerazione della complessità del quadro pandemico l'Azienda, atteso che le attività Aziendali inevitabilmente sono state concentrate, già a partire dal 2020, nel contrasto della pandemia da “coronavirus”, che ha indubbiamente determinato inevitabili refluenze operative gestionali anche sul 2023, ha disposto (nota prot. 87369 del 07.06.2023), l'assegnazione di obiettivi di performance mediante il rinnovo e la riproposizione degli obiettivi già conferiti nei due anni precedenti 2021-2022 (già oggetto di negoziazione), con le seguenti specifiche:

1. Ove l'obiettivo nel 2021-2022 fosse già stato raggiunto, ha richiesto azioni che permettessero il mantenimento (100%), mentre per gli obiettivi non raggiunti ha richiesto o azioni di miglioramento delle performance già raggiunte nel 2022 volte al raggiungimento pieno degli stessi, i cui indicatori sono misurabili con la reportistica in uso al Controllo di Gestione;
2. Relativamente gli obiettivi che richiedono un'attività ciclica nel corso dell'anno (Es. attestazione trimestrale del rispetto dei tempi di trasmissione dei flussi, obiettivi specifici della Direzione Strategica, PNE, costante e pieno utilizzo dei gestionali aziendali, etc.), sono stati riproposti.

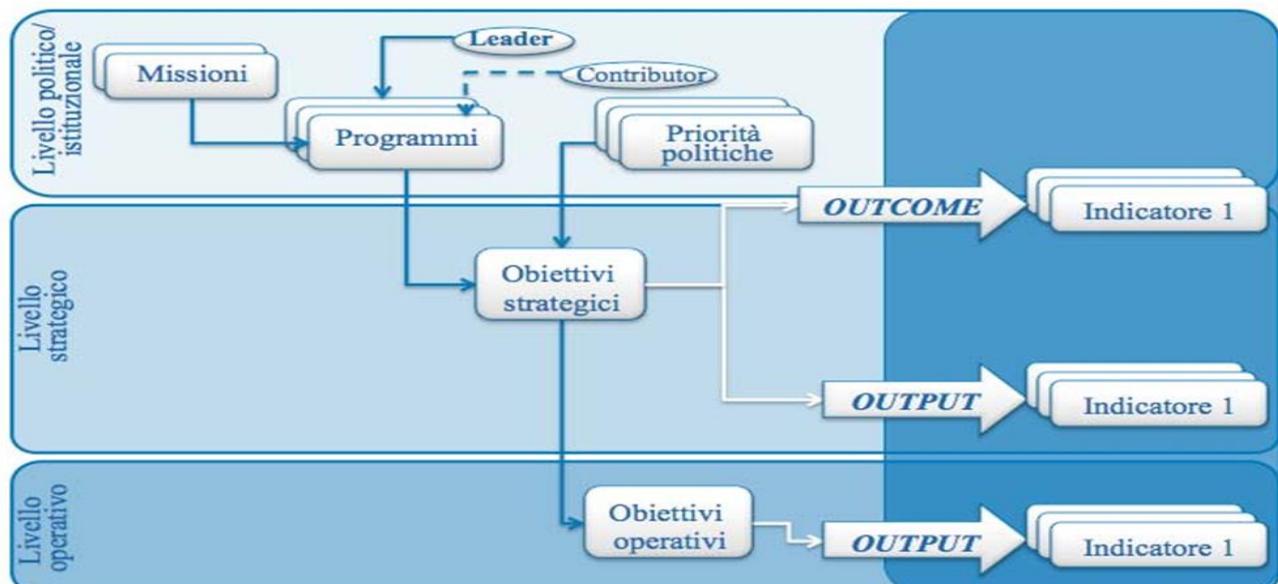
In conclusione appare opportuno rimarcare che gli obiettivi per l'anno 2023 sono stati assegnati ai CdR in continuità con gli obiettivi del Biennio 2020-2021; le Unità produttive hanno pertanto provveduto a rendicontare, in base agli indicatori di risultato posti per il 2022 e 2023, le attività di misurazione dei risultati raggiunti hanno tenuto conto dell'intero arco temporale delle attività svolte e dei risultati conseguiti nel 2023.

## - L'ALBERO DELLA PERFORMANCE -



Come già evidenziato, l'attività di responsabilizzazione a livello aziendale parte sicuramente **dagli Obbiettivi di Salute e Funzionamento ed Obbiettivi Contrattuali** in ragione degli obiettivi già assegnati nel 2021-2022 alla Direzione Generale, riproposti in continuità di quest'ultimi anche nell'anno 2023.

Le indicazioni ricevute da parte dell'Assessorato Regionale della Sanità, determinano l'elaborazione di una serie di obiettivi e indicatori sulla base dei quali vengono effettuate, nel corso del ciclo della performance, le dovute attività di ribaltamento e le successive attività di misurazione del grado di raggiungimento.



## - IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

Con D.A. 1821 del 26 settembre 2011, l'Assessorato Regionale per la Salute da alle Aziende sanitarie siciliane le linee di indirizzo in materia di verifica e di valutazione del personale dipendente del S.S.R..

Il decreto in argomento, nel rispetto decreto legislativo n. 150/09, stabilisce l'oggetto della misurazione e valutazione, ovvero: sia misurazione e valutazione della performance organizzativa, sia la misurazione e la valutazione della performance individuale, inoltre, individua le modalità ed i tempi del ciclo di gestione della performance il quale si articola nelle seguenti fasi:

Fasi	Attività	Soggetti coinvolti
fase a	Definizione e assegnazione obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, previa negoziazione anche delle risorse umane, tecniche e finanziarie	- Direzione strategica aziendale - Programmazione e controllo di gestione - Politiche del personale
fase b	Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse	- Programmazione e Controllo di Gestione
fase c	1) Monitoraggio in corso di esercizio 2) Attivazione di eventuali interventi correttivi	1) Programmazione e controllo di gestione 2) Direzione strategica aziendale
fase d	Misurazione e valutazione annuale della performance individuale	- Il dirigente di struttura immediatamente sovraordinata, in prima istanza; - L' O.I.V. in seconda istanza
fase e	Misurazione e valutazione annuale delle unità organizzative	- L'O.I.V. per la misurazione e valutazione della performance con riferimento alle strutture (dipartimenti/coordinamenti/strutture complesse) secondo modalità conformi alle direttive impartite dalla commissione di cui all'articolo 13 del decreto legislativo n. 150/09
fase f	Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito	Settore personale
fase g	Rendicontazione dei risultati ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi	- Settore personale/U.O. politiche del personale - Comunicazione istituzionale - sito web - Struttura tecnica permanente

## - L'ORGANISMO INDEPENDENTE DI VALUTAZIONE -

Per la verifica della rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione agli indirizzi impartiti, la Direzione Generale, si avvale della attività dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), che opera in posizione di autonomia.

L'attuale Organismo Indipendente di Valutazione della performance dell'ASP di Agrigento di seguito OIV, è stato nominato con delibera n. 1734 del 27.09.2023, ai sensi del D. Lgs. n. 150/2009 e s.m.i., della deliberazione Civit n. 12/2013, del DPR n. 105/2016 e del DPCM del 02/12/2016, il suddetto Organismo, composto da tre esperti, di cui uno con funzione di Presidente, in possesso di requisiti di professionalità ed esperienza, con competenze tecniche di valutazione e di controllo di gestione, comprovate dalla iscrizione all'elenco nazionale dei componenti OIV di cui al Decreto 2 dicembre 2016 della Presidenza del Consiglio dei Ministri- l Dipartimento della Funzione Pubblica.

L'organismo indipendente di valutazione svolge le funzioni e le attività di cui all'articolo 14 del decreto legislativo n. 150 del 2009 con l'obiettivo di supportare l'amministrazione sul piano metodologico e verificare la correttezza dei processi di misurazione, monitoraggio, valutazione e rendicontazione della performance organizzativa e individuale. Verifica, inoltre, che l'amministrazione realizzi nell'ambito del ciclo della performance un'integrazione sostanziale tra programmazione economico-finanziaria e pianificazione strategico-gestionale. Ai fini della valutazione della performance organizzativa, promuove l'utilizzo da parte dell'amministrazione dei risultati derivanti dalle attività di valutazione esterna delle amministrazioni e dei relativi impatti.

In particolare:

- a) monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi;
- b) comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché' alla Corte dei conti e al Dipartimento della funzione pubblica;
- c) valida la Relazione sulla performance, a condizione che la stessa sia redatta in forma sintetica, chiara e di immediata comprensione ai cittadini e agli altri utenti finali e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione;
- d) garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione (con particolare riferimento alla significativa differenziazione dei giudizi di cui all'articolo 9, comma 1, lettera d) nonché' dell'utilizzo dei premi di cui al Titolo III, secondo quanto previsto dal presente decreto,

dai contratti collettivi nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni all'amministrazione, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;

e) propone, sulla base del sistema di cui all'articolo 7, all'organo di indirizzo politico-amministrativo, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi di cui al Titolo III;

f) è responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dal Dipartimento della funzione pubblica sulla base del decreto adottato ai sensi dell'articolo 19, comma 10, del decreto legge n. 90 del 2014;

g) promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;

h) verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

#### **- I REGOLAMENTI AZIENDALI PER LA VALUTAZIONE -**

Per la verifica della rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e sanitaria e della gestione agli indirizzi impartiti, l'ASP ha adottato i seguenti regolamenti, in dettaglio:

- Deliberazione n. 1970 del 02.05.2013 ad Oggetto “ Adozione regolamenti retribuzione di risultato della dirigenza - Verifica e Valutazione del personale dirigenziale area medica e veterinaria - Verifica e valutazione del personale dirigenziale area amministrativa, professionale, tecnica e sanitaria non medica” , si è dotata di tre distinti regolamenti, ovvero:
  - Regolamento Retribuzione di risultato della Dirigenza;
  - Regolamento Verifica e valutazione del personale dirigenziale area medica e veterinaria;
  - Regolamento Verifica e valutazione del personale dirigenziale area amministrativa, professionale, tecnica e sanitaria non medica;
- Deliberazione n. 1824 del 21.12.2016 ad oggetto ”Presa atto accordo decentrato con le OO.SS. del comparto, in materia di erogazione della produttività collettiva” (modificata con deliberazione n. 874 del 10.05.2018) con la quale l'azienda si è dotata del nuovo regolamento per l'erogazione della produttività collettiva del personale area comparto.

## **- LO SVILUPPO DEL PIANO DELLA PERFORMANCE 2023 - 2025 -**

Nello sviluppo del Piano della Performance 2023 - 2025 l’Azienda, ispirandosi al sistema di gestione della *performance secondo a quanto previsto dal d.lgs. 150/09* e dal D.A. 1821 del 26.09.2011, ha tenuto conto dell’impianto degli obiettivi assegnati nell’anno 2022 alle Direzioni Generali nell’ambito contrattuale.

Il Piano della Performance è stato adottato con **Deliberazione del Commissario Straordinario n. 137 del 26.01.2023** esso costituisce il presupposto per la predisposizione della presente relazione annuale sulla performance anche se per l’assegnazione degli obiettivi alle articolazioni aziendali ci si è riferiti al modello di performance ispirato ai nuovi obiettivi contrattuali e di salute e funzionamento assegnati dall’Azienda nell’anno 2021.

La finalità del Piano della Performance è quella di tracciare i criteri che perimetrono le attività di budgeting, in particolare:

- esplicitazione degli obiettivi, degli indicatori e dei *target* da raggiungere in coerenza con le risorse assegnate
- definizione degli elementi fondamentali che costituiranno la base per la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della *performance* (obiettivi, indicatori e *target*).
- evidenziazione di tutti i passaggi logici idonei a garantire “*la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance*” secondo quanto espressamente previsto ai sensi dell’articolo 10, comma 1, del d.lgs. 150/09.

Inoltre, stante la necessità di prevedere un approccio dinamico di progressivo miglioramento del sistema nel suo complesso, il piano ha previsto una logica di miglioramento continuo, nonché coinvolgimento dell’Organismo Indipendente di Valutazione nella verifica sul funzionamento del sistema nel suo complesso e nell’individuazione delle modifiche da apportare allo stesso.

Relativamente gli obiettivi previsti nel piano essi, seguendo le indicazioni metodologiche del D.lgs. n. 150/2009, sono così caratterizzati:

- a) rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell’amministrazione;
- b) specifici e misurabili in termini concreti e chiari;

- c) tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- d) riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno, anche se questa caratteristica si riferisce agli obiettivi operativi e va dunque riferita all'attività da realizzare nell'anno;
- e) commisurati ai valori di riferimento derivanti da *standard* definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- f) confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- g) correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

In sintesi il Piano ha esplicitato il “legame” che sussiste tra i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le priorità, le strategie, gli obiettivi e gli indicatori dell'amministrazione. Ossia il contributo che l'amministrazione (nel suo complesso nonché nelle unità organizzative e negli individui di cui si compone) ha apportato attraverso la propria azione alla soddisfazione dei bisogni della collettività.

Per ogni area di intervento nel piano sono state individuati:

- gli obiettivi strategici ed operativi 2023/2025;
- il valore atteso con gli indicatori per la misurazione e la valutazione della *performance* dell'amministrazione;
- gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Inoltre, come detto in premessa anche l'anno 2023 è stato caratterizzato da situazioni che hanno di fatto determinato un rimaneggiamento delle attività organizzative di questa Azienda Sanitaria.

Tale metodologia ha assunto maggior significato in relazione al fatto che gli Obiettivi Generali, di Salute e Funzionamento stabiliti con il Piano della performance 2023 -2025, che hanno costituito elemento portante del sistema di obiettivi assegnati alle UU.OO. produttive dell'Azienda, comprendono attività ripartite sia nell'anno 2022 che nell'anno 2023.

## **- GLI OBIETTIVI STRATEGICI ORGANIZZATIVI -**

Per soddisfare gli obiettivi strategici aziendali assegnati dall'Assessorato Regionale della Salute che sintetizzano il portafoglio dell'offerta sanitaria dell'ASP, questa ASP ha tradotto gli stessi in un set di indicatori trasposti anche nel Piano della Performance 2023-2025, assegnati formalmente ai Direttori di Dipartimento e per il loro tramite ai Direttori di Struttura Complessa, nonché, a tutti i Direttori/Responsabili delle strutture destinatarie della negoziazione degli obiettivi di performance 2023, a valere come notifica dell'avvio del Ciclo della Performance 2023, ovvero di definizione degli obiettivi che l'Azienda intendeva raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, ciò ha rappresentato uno *step imprescindibile* per l'Amministrazione.

Le linee di indirizzo regionali hanno comunque costituito una base solida per il piano della performance 2023- 2025, dal momento che sono state individuate le suddette aree di intervento:

1. Assistenza territoriale ed integrazione socio sanitaria e privacy;
2. Appropriatezza organizzativa e Sicurezza;
3. Obiettivi di salute e funzionamento;
4. Contenimento dei Costi e Rispetto tetti di spesa;
5. Contributo alla riorganizzazione aziendale;
6. Sanità pubblica e prevenzione;

Per le aree sopra indicate sono state, inoltre, definiti:

- Gli interventi da realizzare;
- Le azioni, legate agli interventi, idonee a garantire l'efficacia negli interventi;
- I risultati programmati per ciascuna azione;
- Gli indicatori volti alla misurazione dei diversi risultati attesi.

L'orientamento al rientro economico ha inoltre consigliato la formulazione di ipotesi sull'impatto economico delle scelte adottate e degli interventi da porre in essere.

## **- GLI OBIETTIVI OPERATIVI -**

Come detto gli obiettivi individuali per l'anno 2023 la cui tecnica di individuazione è stata descritta nel Piano della performance 2023, hanno costituito la prosecuzione logica di quanto già avviato nel 2021 e 2022.

A tal fine, gli obiettivi della Direzione Strategica derivanti dal mandato istituzionale e dalle indicazioni espressamente assegnati in sede assessoriale con il Piano Attuativo Aziendale e con gli obiettivi di Salute e Funzionamento, sono stati selettivamente ribaltati a tutti i dirigenti apicali ed hanno costituito il presupposto per le successive fasi di delega a tutto il personale dirigente e dipendente.

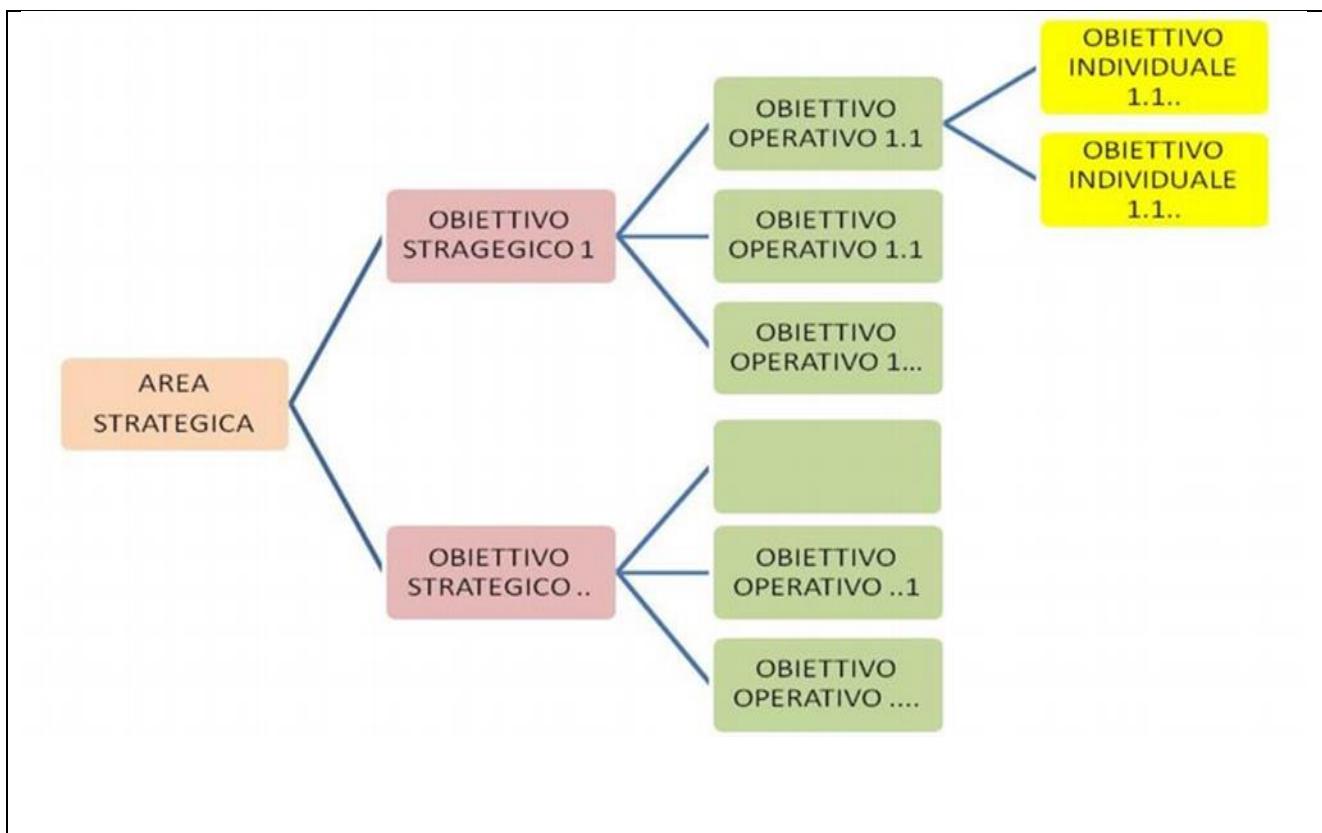
La programmazione e le azioni già realizzate sono state finalizzate a migliorare ulteriormente qualitativamente e quantitativamente i livelli essenziali di assistenza facendo sì che l'erogazione degli stessi sia risultata efficace ed appropriata e quanto più possibile omogenea su tutto il territorio provinciale, anche ai fini del raggiungimento dell'equilibrio economico.

Anche per l'anno 2023, per la stesura e la presentazione dei piani operativi, si è fatto riferimento al piano di realizzazione della performance, all'interno del quale sono stati previsti i seguenti passaggi logici fondamentali:

- I Direttori delle UU.OO.CC., sia dell'Area Ospedaliera (PP.OO.) che dell'Area Territoriale (Distretti Sanitari di Base, Dipartimento Salute Mentale, Dipartimenti di Prevenzione, Area Gestione del Farmaco, Area Amministrativa), con riferimento agli obiettivi, sia generali che specifici attinenti la propria area, hanno coinvolto, tanto nella fase di elaborazione degli obiettivi che in quella di attuazione, tutti i responsabili delle unità operative semplici afferenti alla stessa struttura complessa nonché tutto il personale in servizio sia della dirigenza che del comparto.
- I responsabili delle restanti articolazioni più complesse (Direttori delle Aree Amministrative, Direttori di Distretto Sanitario, Responsabile Gestione Area del farmaco e Responsabile dello Staff del Centro Direzionale nonché i direttori delle aree amministrative) hanno predisposto i rispettivi Piani Operativi, secondo gli obiettivi generali e specifici di propria competenza.
- I piani di lavoro potevano prevedere, oltre gli obiettivi individuati, anche obiettivi propri aggiuntivi che ciascuna unità operativa intendeva realizzare nel corso dell'anno e ciò, comunque, dopo aver verificato la loro compatibilità con gli obiettivi generali dell'Azienda, con i vincoli di bilancio nonché le risorse umane e strumentali disponibili.

Nei medesimi piani di lavoro dovevano anche essere esplicitate le iniziative che si intendevano avviare per il raggiungimento degli obiettivi specifici di ciascuna unità operativa nel rispetto dei programmi e degli obiettivi generali dell’Azienda, nonché tenuto conto di quanto stabilito dal regolamento aziendale sul sistema premiante.

- La Direzione Generale, avvalendosi della U.O.C. Controllo di Gestione, ha predisposto le schede di budget del 2023, ha disposto l’assegnazione di obiettivi di performance mediante il rinnovo e la riproposizione degli obiettivi già conferiti nell’anno 2022 (già oggetto di negoziazione), con le seguenti specifiche:
- Ciascun responsabile di U.O.C. ha avuto la competenza e la responsabilità di porre le basi per la verifica sul grado di partecipazione dei dipendenti, afferenti alla medesima U.O. sia della dirigenza che del comparto, al conseguimento degli obiettivi negoziati, ponendo in essere tutti gli adempimenti propedeutici all’applicazione dei sistemi di valutazione e verifica, anche ai fini dell’indennità di risultato;
- I Piani Operativi, sia in forma cartacea che per posta elettronica, sono pervenuti alla Direzione Aziendale tramite la U.O.C. Controllo di Gestione.



### **- IL MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI – SAL -**

L'attività di monitoraggio degli obiettivi è stata effettuata nel corso del 2023 dalla UOC Controllo di Gestione, attraverso appositi gestionali che hanno permesso anche lo sviluppo di appositi report in ordine alla attività posta in essere per il raggiungimento degli obiettivi di performance.

Nello specifico l'Azienda ha disposto un SAL rispetto agli obiettivi al 30.09.2023 al fine di disporre un feedback operativo complessivo sullo stato dell'arte degli obiettivi. In tal senso, con la nota prot. n. 162123 del 31.10.2023, ha formalizzato apposite indicazioni operative alle varie articolazioni aziendali per la relativa rendicontazione dei risultati della performance organizzativa delle singole strutture riferite all'anno 2023 - al 3° trimestre 2023.

### **- LA RENDICONTAZIONE DEGLI OBIETTIVI OPERATIVI -**

Con la nota prot. n. 9700 del 17/01/2024 sono state emanate le indicazioni operative alle varie articolazioni aziendali per la relativa rendicontazione dei risultati della performance organizzativa delle strutture e quella individuale del personale afferente.

Anche al fine di permettere una rendicontazione aderente al periodo post emergenziale in corso si è determinato in tale nota che la relazione esplicativa nel processo di rendicontazione si doveva tenere nella debita considerazione di tale condizione, pertanto si è ritenuto che i responsabili di struttura dovevano sottolineare nelle proprie relazioni l'eventuale incidenza della pandemia ove questa abbia con tutta evidenza interferito sul grado di raggiungimento degli indicatori previsti, come precedentemente declinati ed assegnati.

Conseguentemente per l'anno 2023 la UOC Controllo di Gestione, nell'ambito dei compiti d'istituto previsti e per le attività di competenza, ha svolto l'istruttoria per la misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi previsti dai diversi piani operativi, in aderenza ai regolamenti aziendali vigenti, determinando il Valore Verificato di ogni struttura contrattante, per la successiva valutazione da parte dell' OIV e definitiva validazione del ciclo della performance per l'anno 2023.

# A S P A G R I G E N T O

## RELAZIONE PERFORMANCE OBIETTIVI 2023

### 1. Assistenza territoriale ed integrazione socio sanitaria e privacy

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2023	Grado di raggiungimento obiettivo nell'ambito delle attività di verifica del CdG	Note
1.1 Presa in carico della cronicità	Contenimento ospedalizzazione per le patologie target e attivazione percorsi	Incremento dei pazienti affetti da diabete e scompenso cardiaco arruolati attivamente (diabetici a media complessità HbA1c 8 Emoglobina glicata) $\geq 6,5$ . Progetto IGEA; scompensati cardiaci a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico X 100 classificati in II classe NYHA.	n. pz Diabetici e scompensati con cardiaci arruolati attivamente / n. pz a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico $\geq 90\%$	Obiettivo verificato Tale obiettivo è in carico ai DD.SS.BB. dell'Azienda	Al CdG è affidato il compito di provvedere alla misurazione degli obiettivi assegnati alle UU.OO. dell'Azienda
		Applicazione Percorso BPCO ai sensi del Il Decreto 22 Novembre 2016 di approvazione del documento di indirizzo regionale prevede il percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da BPCO	100%	Obiettivo verificato	
		Revisione delle attività assistenziali erogate in ADI e Cure Palliative- verifica documentale	si	Obiettivo verificato	

		appropriatezza delle prestazioni			
		n. soggetti over 65-anni in cure domiciliari/popolazione over 65 anni	secondo direttive regionali	Obiettivo verificato	
	Innalzamento qual-quantitativo del livello di cure domiciliari integrate	Indice di soddisfazione ADI (questionario regionale)	rispetto cronoprogramma	Rispetto cronoprogramma	L'obiettivo è tuttora sospeso ai sensi della nota dell'Assessorato Regionale della Salute prot.DASOE/8/ 34650 del 04.08.2021
		Monitoraggio della spesa trimestrale cure domiciliari integrate da parte dei 7 DD.SS.BB. con attività di sovra controllo da parte del Dipartimento di Cure Primarie	n. 4 report annuali	Obiettivo verificato	
		Tasso occupazione Hospice	aumento	Obiettivo verificato 2021=62% 2022=65% 2023=66% 2024=77%	
	Organizzazione Hospice	Organizzazione attività e turni di lavoro dirigenza medica e comparto Hospice-gestione risorse umane	100%	Obiettivo verificato	
		Elaborazione flussi ministeriali Hospice: supervisione e controllo di coerenza	100%	Obiettivo verificato	
		Collegamento	100%	Obiettivo verificato	

		attività cure palliative territoriale/Hospice /reparti ospedalieri/MMG			
		Tasso occupazione PL SUAP	mantenimento	Obiettivo non raggiungibile in quanto l'attività è attualmente sospesa	
1.2 Potenziamento percorsi fragilità, disabilità e non auto sufficienza	DSM UOC MODULI DIPARTIMENTALI	Salute mentale di comunità. Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste nel sistema obiettivi di salute e funzionamento PAA  Coordinamento centri diurni autismo  Coordinamento comunità alloggio e gruppi appartamento	100%	Obiettivi verificati	
		Presa in carico ed attività di counseling dei care giver individuali e di gruppo. Consolidamento e realizzazione di tutte le attività previste per una compiuta erogazione delle prestazioni	100%	Obiettivo verificato	
		Implementazione ambulatorio epilessia	Numero visite EEG per pazienti epilettici  Report annuale	Obiettivo verificato	
		Focus: percorsi di cura disturbi gravi empowerment del cittadino- report di analisi quali quantitativa della tipologia di pazienti trattati	100%	Obiettivo verificato	

		Utilizzo della cartella informatica su piattaforma GEDI	100%	Obiettivo verificato	
1.3 Fragilità	Attuazione di quanto previsto nel piano regionale unitario per l'Autismo	1.3 A completamento procedure di reclutamento del personale per i servizi di diagnosi e intervento intensivo precoce organizzativo  1.3 B Implementazione RETE Centri Diurni e Centri Residenziali	Completamento procedure di reclutamento del personale per i servizi di diagnosi ed intervento intensivo precoce  Attivazione di almeno un centro diurno pubblico	Obiettivo verificato  Obiettivo verificato	
	Progettazione su tematiche speciali	Interventi neonati a rischio  Promozione del benessere in età adolescenziale  Ambulatorio autismo  Ambulatorio epilessia  Abuso e maltrattamenti minori  Applicazione linee guida budget di salute (DSM)  Raggruppamento obiettivi previsti da PON/FSN	Secondo direttive aziendali	Obiettivo verificato	
1.4 Liste di Attesa	PRGLA per il triennio 2023-2025	Linee di intervento per il governo dell'offerta (codificati come IGO)	Rispetto tempistica checklist per la verifica delle linee di intervento del PRGLA 2023-2025	Obiettivo verificato	Dati pubblicati su portale SSR Salute
		Linee di Intervento per il governo della domanda (codificati come IGD).	Rispetto tempistica checklist per la verifica delle linee di	Obiettivo verificato	Dati pubblicati su portale SSR Salute

		Con D.L . n.104 del 2020 il Min. della Salute e l'Assessorato Regionale della Salute hanno istituito un piano per il recupero delle liste di attesa riguardanti le prestazioni ( 1° visite-Diagnostica strumentale-ricoveri e screening). L'azienda ha predisposto un piano di recupero per le prestazioni non erogate negli anni 2020-2021.	intervento del PRGLA 2023-2025		
1.5 Screening  <u>Tale obiettivo potrebbe risentire dell'andamento dei ricoveri in relazione alla emergenza pandemica da covid-19</u>	Screening oncologici obiettivi di salute e funzionamento	n. test eseguiti per tumore cervice uterina/popolazione target	>=50%- scala obiettivi agenас	Inviti 8384 (94,6%)  Adesioni 8384 (25%)  Vedi nota prot. 178915 del 30.11.2023	
		n. test eseguiti per tumore colon retto/popolazione target	>=50%- scala obiettivi agenас	Inviti 56757 (97,3%)  Adesioni 11568 (20%)	
		n. test eseguiti per tumore mammella/popolazione target	>=60% - scala obiettivi agenас	Inviti 11235 (36,9%)  Adesioni 6175 (55%)	
1.6 Copertura vaccinale e sorveglianza malattie infettive	implementazione copertura vaccinale	N. Soggetti vaccinati /popolazione target residente	92-95% a 24 mesi, per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco	Obiettivo verificato	

		Predisposizione di un programma comunicazione basato sulle evidence per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole secondo disposizioni operative vaccini.	Relazione sulle attività svolte	Obiettivo verificato	
		Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul cruscotto regionale per la gestione dell'anagrafe vaccinale	Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate e riversamento trimestrale dei dati sul cruscotto regionale	Obiettivo verificato	
		Notifica delle malattie infettive rispetto al numero totale di casi rilevati con SDO	100%	Obiettivo verificato	

## 2. Appropriatezza organizzativa e Sicurezza

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2023	Grado di raggiungimento obiettivo nell'ambito delle attività di verifica del CdG	Note
2.1 utilizzo appropriato risorse produttive	Programma di monitoraggio sistematico dell'uso della checklist in Sala Operatoria	Corretto utilizzo della check list in sala operatoria e relativo monitoraggio	>100%	Obiettivo verificato	
		Utilizzo applicativo registro operatorio ( ORMAWEB )	100%	Obiettivo verificato	
	Fluidità percorsi ospedalieri	Degenza Media per ricoveri acuti chirurgici (RO)	Miglioramento delle performance di ricovero del 5% rispetto all'anno	Obiettivo verificato	

			2022		
		Riduzione della degenza Media per ricoveri acuti medici (RO) dei reparti di medicina con valori al di sopra dei reparti benchmark aziendali	Miglioramento delle performance di ricovero del 10% rispetto all'anno 2022	Obiettivo verificato	
		Valutazione appropriatezza dei ricoveri ospedalieri secondo la normativa vigente ed abbattimento dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza	Monitoraggio dei ricoveri oltre soglia dell'anno precedente e riduzione nel 2023 del 50% dei ricoveri oltre soglia	Obiettivo verificato	
	Gestione sovraffollamento  Pronto Soccorso	Indicatore 1: Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa(outcome)  Indicatore 2: Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive (processo)	[valore di accettabilità $\leq$ 0,05 - come da Direttiva Assessoriale n. 9348/19  Azione 1: monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al D.A. 1584/2018 ;  Azione 2: l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento  Azione 3: l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento  Azione 4: Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori;	Obiettivo verificato	

2.2 Efficacia Punti Nascita	Miglioramento Sicurezza Punti nascita	PN senza UTIN: parti con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (modica e vittoria)	secondo direttiva regionale ultima disponibile	Obiettivo verificato	
		PN senza UTIN: percentuale dei neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita (modica e vittoria)	< 8% oppure secondo direttiva regionale ultima disponibile	Obiettivo verificato	
		PN con UTIN: numero neonati dimessi direttamente da TIN/totale pazienti ricoverati nella TIN	<5 %	Obiettivo verificato	
		Elaborazione di un report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio	trimestrale	Obiettivo verificato	
		Numero requisiti check list rispettati/totale requisiti da rispettare	100%	Obiettivo verificato	
2.3 Sicurezza dei pazienti	Monitoraggio degli eventi sentinella e dei relativi piani di miglioramento	Percentuale di completezza scheda A e scheda B. in coerenza al protocollo nazionale SIMES  Monitoraggio dell'effettiva implementazione delle azioni correttive	90%  SI	Obiettivo verificato	
	Implementazione delle raccomandazioni ministeriali o di organismi internazionali sulla qualità e sicurezza dei pazienti e relativa valutazione	check list di autovalutazione	Report monitoraggio su richiesta Agenas	Obiettivo verificato	

	Direttiva Regionale CRE – Sorveglianza delle batteriemie da enterobatteri resistenti ai carbopenemici (CRE)-PNCAR e Circolare del Ministero della Salute prot. 1479 del 17/01/2020”	Pieno utilizzo della Piattaforma regionale CRE	100% degli inserimenti	Obiettivo verificato	
	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del “Piano nazionale di Contrasto dell’Antibiotico Resistenza ( PNCAR)	aderenza alle indicazioni regionali	100%	Obiettivo verificato	
2.4 Consolidamento della raccolta delle emazie concentrate e del plasma	Rinnovo autorizzazione e Accreditamento delle strutture trasfusionali della rete regionale.	Mantenimenti di quanto previsto dai decreti regionali autorizzativi e di accreditamento per SIMT e UDR fisse e mobili	Mantenimento accreditamento. Verifica con esito positivo	Obiettivo verificato	
	Rispetto della previsione di raccolta delle EC  Incremento della quantità di plasma destinato all’emoderivazione (cat A-B)	-----	Secondo PAA 2023	Obiettivo verificato	
2.5 Appropriatezza cartella clinica	Adempimenti regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)	Rispetto degli adempimenti previsti ai sensi del D.A vigente in materia di controlli a cura dei NOC Aziendali	100% dei controlli previsti dell’anno 2022 da effettuare nell’anno 2023	Obiettivo verificato	
		Attività di auditing a cure del coordinatore NOC con i Direttori delle UU.OO. per la correzione ed implementazione della appropriatezza qualitativa dei contenuti delle cartelle cliniche di ricovero	Attività di auditing	Obiettivo verificato	

	Aderenza al PNE	Svolgimento attività di auditing per le strutture segnalate sulla piattaforma PNE	Report	Obiettivo verificato	
	Implementazione linee guida secondo direttive regionali	Report sulla base dei degli indicatori previsti nei rispettivi PDTA	100% delle azioni richieste	Obiettivo verificato	

### 3. Obiettivi di Salute e Funzionamento delle Aziende

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2023	Grado di raggiungimento obiettivo nell'ambito delle attività di verifica del CdG	Note
3.1 Efficacia area ortopedica	tempestività presa in carico paziente con frattura di femore over 65 anni	numero di fratture femore per over 65 operate entro le 48 h	94,3%	Obiettivo verificato	
		Ottimizzare il tempo di permanenza in pronto soccorso.	< 4 ore	Obiettivo verificato	
		% pazienti con verticalizzazione entro le 48H	>30%	Obiettivo verificato	
		% pazienti con mobilizzazione precoce entro le 48h	>20%	Obiettivo verificato	
		% accesso in riabilitazione cod. 56 a 30 gg dalla dimissione pz >= 65 anni	=>rispetto al 2022	Obiettivo verificato	
		% accesso in riabilitazione cod. 56-60 a 30 gg dalla dimissione pz>=65 anni	=>rispetto al 2022	Obiettivo verificato	
		% accesso in riabilitazione cod. 60 a 30 gg dalla dimissione pz >=65 anni	=>rispetto al 2022	Obiettivo verificato	
3.2 Efficacia area ostetrica	Riduzione ricorso taglio cesareo	parti cesarei su parti donne non pre-cesarizzate (cesarei primari)/parti di donne con nessun pregresso cesareo	PN 1° Livello ≤15% PN 2° livello ≤25%	Obiettivo verificato	

3.3 Efficacia area cardiologica	tempestività presa in carico paziente IMA STEMI	P.T.C.A. entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI (differenza tra la data di intervento e quello di ingresso in PS)/numero totali di IMA Stemi	≥91,8%	Obiettivo verificato	
	Riduzione Mortalità	Mortalità a trenta giorni dal primo accesso per un episodio di infarto miocardico acuto (IMA) tasso grezzo		Secondo direttiva PNE agenas	Obiettivo verificato
		Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (tasso grezzo)	Secondo direttiva PNE Agenas	Obiettivo verificato	
3.4 Efficacia area chirurgica	Miglioramento Appropriatezza organizzativa e fluidità processo	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg/numero totale di ricoveri con	≥95,3%	Obiettivo verificato	
		incremento numero di colecistectomia laparoscopica	aumento	Obiettivo verificato	
3.5 Donazioni organi	Incremento dell'attività di donazioni organi	Implementazione delle attività del Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni )	Relazione consuntiva delle attività richieste	Obiettivo verificato	
		Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2023 % rispetto all'anno 2022.	Valore obiettivo 100% se non inferiore del 20% rispetto all'anno precedente di riferimento	Obiettivo verificato	
		Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38%	Valore obiettivo 100% se non superiore del 38% rispetto all'anno precedente di riferimento	Obiettivo verificato	
		Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore	Valore obiettivo 100% se non inferiore del 30% rispetto all'anno	Obiettivo verificato	

		barrente) non inferiore al 30%	precedente di riferimento		
		Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione.	SI	Obiettivo verificato	
3.6 contenimento mobilità passiva	Contenimento mobilità passiva area chirurgia generale	Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga )	> rispetto anno benchmark (anno Base)	Obiettivo verificato	
	Contenimento mobilità passiva per interventi ortopedici in elezione	Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga	> rispetto anno benchmark (anno Base)	Obiettivo verificato	
	Contenimento mobilità passiva per Radioterapia	Aumento delle prestazioni ad alto rischio di fuga	> rispetto anno 2022	Obiettivo verificato	
	Contenimento mobilità passiva per Recupero e Riabilitazione Funzionale	Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga	> rispetto anno benchmark (anno Base)	Obiettivo verificato	

## 4. Contenimento dei Costi e Rispetto tetti di spesa

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2023	Grado di raggiungimento obiettivo nell'ambito delle attività di verifica del CdG	Note
4.1 Rispetto dei vincoli di bilancio e tetti di spesa	Rispetto tetti di spesa	Monitoraggio equilibrio di bilancio assegnato, con produzione di report trimestrali a cura dei Servizi di riferimento	controllo costante e monitoraggio del rispetto delle risorse negoziate come attestato nei report trimestrali prodotti	Obiettivo verificato	
		rispetto del tetto di spesa annuale del personale dipendente	rispetto budget negoziato	Obiettivo verificato	
		rispetto tetto spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera	rispetto delle risorse negoziate annualmente	Obiettivo verificato	
4.2 Azioni per contenimento spesa	monitoraggio e contenimento spesa farmaceutica	monitoraggio spesa tramite procedura informatizzata	Evidenza attività di monitoraggio	Obiettivo verificato	

		Erogazione del primo ciclo di terapia	Rispetto erogazione popolazione target	Obiettivo verificato	
	Inventario beni mobili strumentali	Completamento della riconciliazione giustificata fra dati forniti dai responsabili di UU.OO.CC e quanto risulta nel libro cespiti	a) Inventario e riconciliazione con libro cespiti del 90% dei beni mobili strumentali esistenti b) Report trimestrale	Obiettivo verificato	
	Monitoraggio locazioni passive	Mappatura locazioni passive con individuazione di proposte di rescissione contratti in essere con eventuale utilizzo locali di proprietà	report trimestrale	Obiettivo verificato	
	Riduzione Contenzioso	Mappatura contenzioso	Report di aggiornamento trimestrale	Obiettivo verificato	
	Gestione dei sinistri e degli aspetti assicurativi a livello aziendale	Stima della percentuale di soccombenza e stima della quota di accantonamento trimestrale a Fondo Rischi	Relazione trimestrale a corredo CE di periodo	Obiettivo verificato	
4.3 Fluidità processi amministrativi	Tempestività dei pagamenti	Rispetto tempistica liquidazione fatture	Accettazione delle fatture entro 15 giorni dalla ricezione = obiettivo raggiunto al 100%	Obiettivo verificato	
		Rispetto tempistica pagamento fatture	Liquidazione delle fatture entro 15 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 75%  Liquidazione delle fatture entro 10 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 100%	Obiettivo verificato	

4.4 Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011	Azioni di monitoraggio dell'effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011	Analisi degli investimenti effettuati dalle Aziende, attraverso l'utilizzo del Fondo corrente (FSR) in conto esercizio, al fine di monitorare l'applicazione coerente dei nuovi coefficienti di ammortamento e l'applicazione del nuovo trattamento contabile	report trimestrale	Obiettivo verificato	
		Monitoraggio sull'applicazione del trattamento contabile relativo alla rilevazione degli accantonamenti per quote inutilizzate dei contributi vincolati e sull'utilizzo coerente negli anni successivi dei fondi costituiti e la relativa rilevazione contabile	report trimestrale		
4.5 Certificabilità del bilancio e contabilità analitica	Certificabilità del bilancio: Rispetto delle azioni previste dal PAC	Monitoraggio verifica attuazione azioni PAC	rispetto cronoprogramma	Obiettivo verificato	
	Definizione puntuale della metodologia per i ribaltamenti di contabilità analitica necessari ad alimentare i modelli di rilevazione LA.	Grado di Implementazione linee guida LA	100%	Obiettivo verificato	
	Aggiornamento Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTCT)	adozione aggiornamento ed integrazione del Piano entro i termini di legge	Obiettivo verificato		
4.6 Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	Attuazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Pubblicazione dati sul sito aziendale nella sezione link "Amministrazione Trasparente" secondo quanto previsto dalle linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016"	pubblicazione del 100% dei dati nel rispetto della tempistica prevista normativa vigente	Obiettivo verificato	

Codice di Comportamento		Formazione Generica: Tutto il personale dipendente. N personale formato /n. personale da formare	60%	Obiettivo verificato	
		Formazione Specifica :RPCT, Referenti Dirigenti Aree a rischio	50%	Obiettivo verificato	
		Rispetto adempimenti e della tempistica previsti nel piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza.	100%	Obiettivo verificato	
		Aggiornamento codice di comportamento	Aggiornamento	Obiettivo verificato	
	Mappatura Processi	N° processi mappati/N° processi totali (Schede analitiche dei singoli processi)	>50%	Obiettivo verificato	
	Gestione del Rischio	Creazione rete dei Referenti per la gestione del Rischio (Responsabile Struttura o suo delegato)	Pubblicazione rete referenti e/o delegati	Obiettivo verificato	
	PIAO	Redazione del documento di programmazione unico	Deliberazione entro il 31 gennaio 2023		
	Prevenzione e contrasto della violenza di genere e delle discriminazioni e promozione delle parità di genere	Diffondere la cultura della prevenzione e del contrasto alla violenza di genere e diffusione delle pari opportunità. Attività di formazione del personalePredisposizioni e Piano Investimenti per anno successivo	Redazione e formalizzazione del piano 2023 30% del personale	Obiettivo verificato	

<b>4.7 Potenziamento attività di pianificazione e monitoraggio</b>	monitoraggio Piano degli Investimenti (che include il piano degli acquisti di beni durevoli e Programma triennale dei lavori pubblici, in ottemperanza all'art. 21 del d.lgs n.50/2016 e smi.)		Presentazione Piano 2023		
	Rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento Aziendale sugli Acquisti in economia, predisposto in conformità schema regionale approvato con D.A. n. 1283/2013 modificato dal DA n. 2080/2013		Report trimestrale	Obiettivo verificato	
	Rispetto flussi ex art. 79	Tempestività e coerenza dei flussi di competenza	Obiettivo verificato		
	Flusso Servizi non sanitari delle Aziende del S.S.R.	Ottemperanza della puntuale trasmissione trimestrale	Obiettivo verificato		
	Rispetto della criticità contrattuale al fine di evitare contratti in proroga: presentazione capitolati a cura del DEC: Numero capitolati presentati entro i termini/n. capitolati previsti da piano annuale gare	Presentazione capitolati a cura dei DEC (Direttore esecutivo contratto) almeno sei mesi prima dal termine di scadenza del contratto e individuazione contraente entro la data scadenza contrattuale $\geq 95\%$	Obiettivo verificato		
	Monitoraggio e rispetto tempistica nella definizione delle procedure di gara aziendali (no UREGA): 60 gg acquisti MEPA, 90 gg gara sottosoglia e 180 gg gara sovrasoglia.	100%	Obiettivo verificato		

	Monitoraggio e regolamentazioni ALPI	Monitoraggio costi e verifica remuneratività delle tariffe in attuazione del nuovo regolamento ALPI	Relazione	Obiettivo verificato	
--	--------------------------------------	---	-----------	----------------------	--

## 5. Contributo alla riorganizzazione aziendale

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2023	Grado di raggiungimento obiettivo nell'ambito delle attività di verifica del CdG	Note
5.1 Flussi informativi	tempestività e qualità dei flussi informativi	Rispetto dei tempi di trasmissione e corretto inserimento su nuova piattaforma SI-ACT (flusso SDO-Emur-ARS-Hospice-SIAD)	100%	Obiettivo verificato	In atto l'obiettivo è stato rinviato dall'Assessorato Regionale della Salute
		Qualità dei flussi con %scarti>1% dei record trasmessi	100%	Obiettivo verificato	
		Miglioramento del sistema di codifica delle SDO: attivazione dell'applicativo QUANI SSDO	100%	Obiettivo verificato	
		Completa e corretta compilazione modello LA	100%	Obiettivo verificato	
		Monitoraggio gestione flussi Personale convenzionale, personale dipendente, CRIL, Beni e servizi	100%	Obiettivo verificato	
Transizione al digitale	Piano Triennale AgID	n. 1 Azione	Predisposizione Atti propedeutici alla acquisizione di firma remota, applicazione sul progetto FSE	Obiettivo verificato	
Transizione al digitale	PNRR	Digitalizzazione dei processi di natura sanitaria ed amministrativa	60%	Obiettivo verificato	In conformità al cronoprogramma regionale
5.3 Informatizzazione	Aumentare le prescrizioni dematerializzate da parte dei medici prescrittori	Percentuale di Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed	Mantenimento dato anno 2022	Obiettivo verificato	

		invianti (come risulteranno censiti e abilitati sul sistema TS e che avranno effettuato almeno una prescrizione)			
		numero medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato e inviante nei periodi considerati come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS2016	Mantenimento dato anno 2022	Obiettivo verificato	
5.3 Formazione professionisti e Ricerca	Programmazione e Monitoraggio degli interventi di formazione	Predisposizione piano formativo aziendale	SI	Obiettivo verificato	
		mantenimento proporzione risorse umane assegnate	si	Obiettivo verificato	
		Realizzazioni e monitoraggio azioni previste nel piano formativo aziendale 2023 budget speso/budget assegnato	>80%	Obiettivo verificato	
5.4 FSE	% dei consensi alla consultazione trasmessi al sistema FSE-INI rispetto al numero dei pazienti ricoverati	> 5% per il 2023 (salvo diversa determinazione regionale)	Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2022 secondo direttive regionali	Obiettivo verificato	
	% delle strutture pubbliche invianti a regime referti di laboratorio in formato CDA2-HL7	≥90% dei laboratori	Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2022 secondo direttive regionali	Obiettivo verificato	
	% delle strutture di Pronto Soccorso dove è possibile consultare in maniera celere il FSE del Paziente ed in particolare il Profilo Sanitario Sintetico	In almeno 1 PS dell'Azienda A regime almeno il 50% dei PS dell'Azienda	Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2022 secondo direttive regionali	Obiettivo verificato	
	Avvio del conferimento al FSE -INI di verbali di Pronto Soccorso, lettere di dimissioni ospedaliera e referti di specialistica,	Trasmissione di almeno 1000 documenti comprensivi di tutte le tipologie -Trasmissione a regime di verbali di PS al 50% delle strutture delle ASP -lettere di dimissione	Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2022 secondo direttive regionali	Obiettivo verificato	

	anche in formato pdf	ospedaliera dal almeno il 50% delle strutture -Referti di specialistica da almeno il 50% delle strutture			
5.5 Percorsi e Audit	Formalizzazione percorsi diagnostico terapeutici	su indicazione regionale	si	Obiettivo verificato	
	Audit Clinico e PNE	Sviluppo di audit a partire dai dati del PNE	si	Obiettivo verificato	
5.6 Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini/pazienti	Sistema Provinciale Regionale Qualità percepita	Riavvio del monitoraggio periodico dei livelli di qualità percepita Aziendale	report annuale di monitoraggio dei livelli di qualità percepita		Con la nota prot. n. 34560 del 04.08.2022 il DASOE/Servizio 8 ha sancito la sospensione delle attività di rilevazione della qualità percepita customer satisfaction
	Redazione ed aggiornamento del piano della comunicazione	Adozione del piano ed invio al DASOE entro i termini di legge	Aggiornamento annuale	Obiettivo verificato	
	Programma Aziendale di comunicazione	% di completamento delle azioni previste dal Piano di comunicazione	>90%		
PRIVACY Adeguamento Regolamento UE 2016/679	Declinazione adempimenti nell'organizzazione aziendale	Valutazione e gestione del dolore cronico	n. operatori formati/n. operatori da formare	>= 90%	Obiettivo verificato
		Formazione del Personale categoria C	>30%	Obiettivo verificato	
		Collaborazione e supporto all'attività del DPO	100%	Obiettivo verificato	
		Aggiornamento delle informazioni connesse alle attività di trattamento nuove o già censite nella precedente versione del registro dei trattamenti (art.30 GDPR)	100%	Obiettivo verificato	
		Verifica dei ruoli e delle responsabilità dei soggetti interni alla azienda che effettuano il trattamento e adeguamento dei modelli già predisposti per la	100%	Obiettivo verificato	

		relativa designazione			
		Riconoscimento dei responsabili esterni del trattamento dati( art.28 GPDR 2616/679)	100%	Obiettivo verificato	
		Svolgimento DPIA valutazione d'impatto ex art.35 GPDR 2016/679	100%	Obiettivo verificato	
		Implementazione e aggiornamento Portale Privacy	100%	Obiettivo verificato	

## 6. Sanità pubblica e prevenzione

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2023	Grado di raggiungimento obiettivo nell'ambito delle attività di verifica del CdG	Note
6.1 Sicurezza Alimentare	Garantire la disponibilità di laboratori per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano ( Criticità POCS).	Secondo direttive regionali	valore assegnato	Obiettivo verificato	
	Attuazione dei piani di controllo ufficiale sugli alimenti (PRIC Sicilia) nonché -Piano nazionale residui -Piano di monitoraggio Molluschi bivalvi	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	Obiettivo verificato	
	Garantire la piena funzionalità (riversamento massivo ed aggiornamento costante) del sistema informativo regionale Demetra in sicurezza alimentare ( Criticità PRP)	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	Obiettivo verificato	
6.2 Prevenzione in Sanità animale	Controllo di tutto il patrimonio bovino ed ovino-caprino controllabile	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	Obiettivo verificato	

	Controllo anagrafico delle aziende bovine e delle aziende ovicaprine sulla base dei criteri riportati, rispettivamente dai regolamenti (Ce) n.1082/2013 e n. 1505/2006	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	Obiettivo verificato	
	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi caprina	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	Obiettivo verificato	
	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	Obiettivo verificato	
	Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina ed ovi-caprina rispetto a quella rilevata nel 2015	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	Obiettivo verificato	
6.3 Tutela ambientale	Sorveglianza malformazioni congenite		valore atteso secondo direttive regionali	Obiettivo in fase di verifica	
	PRP macro obiettivo 2.8 ambiente e salute		valore atteso secondo direttive regionali	Obiettivo in fase di verifica	
	Amianto	Registro mesoteliomi esecuzioni interviste su esposizione in tutti i casi segnalati	valore atteso secondo direttive regionali	Obiettivo in fase di verifica	
	Evidenza avvio interventi di promozione della salute sul corretto uso di cellulari e sulla eccessiva esposizione ai raggi UV (direttiva 32187 del 8.4.2016)	Invio Report	valore atteso secondo direttive regionali	Obiettivo in fase di verifica	
6.4 Prevenzione luoghi di lavoro	Sorveglianza lavoratori ex esposti	Invio report trimestrali, invitare il 100% dei soggetti ex esposti riconosciuti	valore atteso secondo direttive regionali	Obiettivo in fase di verifica	
6.5 Prevenzione e controllo del randagismo	Prevenzione del randagismo: Controllo delle nascite	N. cani di età > 8 mesi ricoverati nei canili pubblici fino al 31 ottobre sterilizzati / totale di cani > 8 mesi ricoverati fino al 31 ottobre, sterilizzabili	90%	Obiettivo verificato	

	Controllo della gestione dei canili e dei concentramenti	n. canili e allevamenti controllati / n. canili e allevamenti autorizzati	100%	Obiettivo verificato	
		n. concentramenti di cani controllati / n. concentramenti programmati in base al rischio	100%	Obiettivo verificato	

### **- GLI OBIETTIVI DEL PIANO ATTUATIVO AZIENDALE - 2019 2020 -**

Premesso che il Piano Sanitario Regionale trova attuazione nella programmazione sanitaria locale dalle Aziende sanitarie della regione **attraverso i Piani Attuativi Aziendali (PAA 2019-2020)**. Essi vengono implementati dalle Aziende Sanitarie in ragione degli obiettivi assegnati annualmente alle Direzioni Aziendali e degli indirizzi scaturenti dalle innovazioni normative e di pianificazione strategica; il correlato processo della loro definizione ed attuazione costituisce esso stesso obiettivo strategico delle Aziende ed è sottoposto al sistema di valutazione delle attività dei Direttori Generali.

In questa sezione della relazione vengono sintetizzati i risultati ottenuti da questa ASP mettendo in luce in particolare gli output realizzati e i risultati conseguiti rispetto gli obiettivi di PAA già individuati per il periodo 2019-2020 da parte dell'Assessorato Regionale alla Salute ed assegnati in continuità anche per l'anno 2023.

In dettaglio:

### **- PAA E GLI OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO - - I RISULTATI -**

Infine, appare opportuno evidenziare che L'Assessorato Regionale della Salute attua, per il tramite della AGENAS (ai sensi dell'art. 16, comma 6, lett. d) della l.r. n. 5/2009), ha avviato un procedimento di valutazione a consuntivo degli obiettivi di Salute e di funzionamento dei servizi, di tutte le aziende del SSR, fornendo elementi utili di benchmark tra le diverse realtà sanitarie presenti sul territorio regionale. Si riporta di seguito la tabella riassuntiva dei risultati attesi per l'anno 2023:

OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO 2019-2020		Peso ASP	Peso AO AOU
1. Screening oncologici	• tumore della cervice uterina	3	1
	• tumore della mammella	3	1
	• tumore del colon retto	3	1
2. Esiti	• Frattura del femore	5	5
	• Parti cesarei	5	5
	• Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI	5	5
	• Colecistectomia laparoscopica	5	5
3. Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa		10	10
4. Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita		10	10
5. Pronto Soccorso – gestione del sovraffollamento		10	10
6. Donazione organi		3	9
7. Prescrizioni in modalità dematerializzata		5	7
8. Fascicolo Sanitario Elettronico		5	10
9. Percorso di Certificabilità		5	5
10. Piani di efficientamento e riqualificazione		-	5
11. Piani Attuativi Aziendali	• Area Sanità pubblica e prevenzione	5	-
	• Area qualità', governo clinico e sicurezza dei pazienti	9	9
	• Area assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria	9	2
TOTALE PUNTEGGIO		100	100

Si riporta di seguito la tabella riassuntiva dei risultati raggiunti (dati non definitivi desunti dai gestionali interni, in attesa della ratifica da parte dell'Assessorato Regionale della Salute) per l'anno 2023:

		OBIETTIVO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO
cap.1.1		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Screening del cervico carcinoma</li> <li>• Screening del tumore della mammella</li> <li>• Screening del tumore del colon</li> </ul>	<p>Screening cervico carcinoma: ESTENSIONE 33594 (94,6%) Adesione 8384 (25%) ----- Screening della mammella ESTENSIONE 11235 (36,9%) Adesione 6175 (55%) ----- Screening del colon retto ESTENSIONE 56757 (97,3%) Adesioni 11568 (20%)</p>
Grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto al peso assegnato			

	OBIETTIVO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO
cap.1.2	<p>ESITI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frattura del Femore</li> <li>• Parti Cesarei</li> <li>• Tempestività PTCA nei casi di IMA STEMI</li> <li>• Colecistectomia Laparoscopica</li> </ul>	<p><b>Fratture femore:</b> Il raggiungimento dell'obiettivo è riconosciuto a partire da un valore minimo del 60% definibile come valore zero della scala di misura.</p> <p>Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (60%), l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo (94,3%), il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare; il dato grezzo da reportistica aziendale è pari al <b>94,87%</b> pertanto l'obiettivo è verificato.</p>
		<p><b>PTCA:</b> Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza, corrispondente allo standard del DM 70 (60%) e il target nazionale (valore obiettivo 91,8%). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. il dato grezzo da reportistica</p>

	<p>aziendale è pari al 98,64% pertanto l'obiettivo è verificato.</p> <p><b>PARTI CESAREI:</b> IL raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente alla media regionale dell'anno precedente rispettivamente : (26% e 28%) per ciascuno dei due livelli/soglia individuati e il rispettivo valore obiettivo. Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è superiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. il dato grezzo da reportistica aziendale è pari al 22,66% pertanto l'obiettivo è verificato.</p> <p><b>Colecistectomia post laparoscopica:</b> Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente al valore medio regionale attestabile al 70%. Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo (95,30), il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.</p> <p><u>il dato grezzo da reportistica aziendale è pari al 94,34% pertanto l'obiettivo è verificato</u></p>
--	--

	OBIETTIVO	
cap.1.3	Monitoraggio e garanzia tempi di attesa in coerenza con PRGLA e PNGLA 19-21	
Grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto al peso assegnato	Il PRGLA è stato declinato alle aziende successivamente alla promulgazione del D.A. n.631/2019. La CUR (Cabina Unica di Regia) Aziendale ha operato per il raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Siciliana e nel rispetto degli indicatori di performance contenuti nel Decreto Reginale di riferimento. Gli indicatori riportati sul sito aziendale e sul portale regionale attestano il raggiungimento degli obiettivi assegnati	
100%	L'Obiettivo è pienamente raggiunto	

	OBIETTIVO	Grado di Raggiungimento
cap.1.4	Garantire gli standard ed i requisiti di sicurezza nei punti nascita	100%
Grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto al peso assegnato	Al fine di monitorare le modalità organizzative predisposte per migliorare il livello di appropriatezza e di sicurezza delle prestazioni erogate dai Punti Nascita di 1° e di 2° livello (come previsto dal Accordo CSR 16/12/2010, recepito dal DA 2/12/2011 e s.m.i.) sono stati previsti	

	<p>indicatori di monitoraggio dedicati:</p> <p>a) nei PN senza UTIN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantire che venga data assistenza alla gravidanza e al parto esclusivamente a partire dall'età gestazionale <math>\geq</math> a 34 settimane compiute.</li> <li>- Se con età gestazione inferiore a 34 settimane ricovero inferiore a 24 ore (appropriatezza organizzativa)</li> <li>- Garantire la corretta selezione della tipologia e del livello assistenziale della casistica in ingresso e ridurre il tasso di trasferimento dei neonati dal punto nascita verso UTIN di riferimento</li> </ul> <p>b) nei PN con UTIN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Predisporre un modello organizzativo che contemperi appropriatezza clinica e corretto utilizzo delle risorse, attraverso il trasferimento dei neonati da Terapia Intensiva a Patologia Neonatale nel corso del ciclo di cura.</li> <li>- Definire i criteri di ricovero in TIN (cod. 73) e Patologia Neonatale (62) e gli indicatori per il monitoraggio dell'effettiva attuazione.</li> </ul>
100%	L'Obiettivo è verificato

OBIETTIVO	PESO ASSEGNATO
cap.1.5 Pronto Soccorso- Gestione del Sovraffollamento	<p>Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive</p> <p>Saranno altresì considerati come indicatori di processo gli adempimenti al D.A. 1584/2018, quali il</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento (Azione 1);</li> <li>- l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento (Azione 2);</li> <li>- l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento (Azione 3);</li> <li>- la relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori (Azione 4);</li> </ul>
Grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto al peso assegnato	<p>E' stato approntato un cruscotto direzionale per la gestione dell'indice di efficienza operativa dei pronto soccorso della azienda.</p> <p>E' stato adottato il Piano Aziendale per la gestione del sovraffollamento</p>

	<p>E' stata redatta la delibera per la definizione dei lavori nei PPSS dell'Azienda</p> <p>Il periodo di pandemia anche per l'anno 2023 ha determinato una notevole contrazione degli accessi nei PP.SS. dell'Azienda. I protocolli per il controllo della pandemia hanno determinato la non attendibilità degli indici di sovraffollamento</p>
100%	L'Obiettivo è verificato

	OBIETTIVO	Grado di raggiungimento
cap.1.6	<p>Donazione Organi e tessuti</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Istituzione comitato ospedaliero procurement organi e tessuti</li> <li>• Incremento numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2023</li> <li>• Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38%</li> <li>• Incremento procurement di cornee in toto non inferiore al 30%</li> <li>• Organizzazione di almeno due corsi in ambito aziendale</li> </ul>	<p>1. Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni (PESO 10%)</p> <p>2. Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2023 non inferiore del 20% rispetto all'anno 2021. (PESO 30%)</p> <p>3. Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38% (PESO 30%)</p> <p>4. Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore barrente) non inferiore al 30% (PESO 20%)</p> <p>5. Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione. (PESO 10%)</p>
Grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto al peso assegnato		Gli obiettivi sono stati raggiunti così come evidenziato negli allegati alla presente relazione
100%		L'Obiettivo è verificato

	OBIETTIVO	PESO ASSEGNATO
cap.1.7	<p>Prescrizione Dematerializzate: Aumento del numero di medici dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata</p> <p>Aumento significativa del numero di prescrizioni dagli stessi effettuate</p>	<p>1. % di Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici</p> <p>2. numero medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette DEM prescritte / medici abilitati)</p> <p>1. ASP: &gt;35% nel 2023</p> <p>2. &gt;120 nel 2023</p>
Grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto al peso assegnato		<p>L'obiettivo è stato raggiunto per il sub ob. 1 con la percentuale di 38,2% di medici accreditati sulla piattaforma nel 2023</p> <p>Per il sub 2 si è superato il n. di 244,84 di media di prescrizioni dematerializzate per medico nell'anno 2023</p>
100%		L'Obiettivo è verificato

	OBIETTIVO	Grado di Raggiungimento
cap.1.8	Fascicolo Sanitario Elettronico:	<p>1. % di consensi alla consultazione trasmessi al sistema FSE_INI rispetto al numero dei pazienti ricoverati nel 2021</p> <p>2. % delle strutture pubbliche invianti a regime referti di laboratorio in formato CDA2-HL7</p> <p>3. % delle strutture di PS dove è possibile consultare in modo celere FSE del PZ ed in particolare il profilo Sanitario Sintetico</p> <p>4. avvio del conferimento al FSE INI di verbali di PS lettere di dimissioni ospedaliera e referti di specialistica anche informato pdf</p>
Grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto al peso assegnato		

100%	L'Obiettivo verificato.
------	-------------------------

	OBIETTIVO	Grado di Raggiungimento
cap.1.9	<p>Piano Attuativo Aziendale:</p> <p>1-Sanità pubblica e prevenzione</p> <p>2-Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti e Rischio clinico</p> <p>3-Assistenza Territoriale ed integrazione socio-sanitaria e Privacy</p>	In fase di verifica
Grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto al peso assegnato	<p>Le azioni contenute nelle tre aree sono state raggiunte per la quasi totalità delle azioni previste sia per l'anno 2019 che per il 2020 nella considerazione che il Piano Attuativo Aziendale è biennale 2019-2020.</p> <p>Per l'anno 2023 sono stati perseguiti gli obiettivi assegnati in continuità con il PAA 2019 – 2020, che rappresenta l'ultimo documento emanato dall'Assessorato Regionale della Sanità.</p>	
100%	L'Obiettivo è verificato	

Il Direttore U.O.C. Controllo di Gestione e  
 Sistemi Informativi Statistici Aziendali  
 Dott. Filadelfio Adriano Cracò

